



**Sociedad de Integración de  
Medicaid de Washington**

**Washington Medicaid  
Integration Partnership**

**Pedido de excepción o  
dar de baja de los registros**

Corte por esta línea

- Estoy conforme con la manera que recibo atención médica actualmente y no deseo participar en el proyecto Washington Medicaid Integration Partnership (WMIP).**

Mi nombre es: \_\_\_\_\_

Mi PIC, Caso o número de Unidad de Asistencia es: \_\_\_\_\_

Mi fecha de nacimiento es: \_\_\_\_\_

Mi número de Seguro Social es: \_\_\_\_\_

Por favor, marque aquí si usted está actualmente inscrito en Molina Integration (busque las letras "MINT" en su tarjeta de identificación médica) y si **NO** tiene servicios (visitas al doctor, sala de urgencias, etc.) este mes.

Por favor, marque aquí si usted está actualmente inscrito en Molina Integration (busque las letras "MINT" en su tarjeta de identificación médica) y si tiene **ALGUNOS** servicios (visitas al doctor, sala de urgencias, etc.) este mes.

Su firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Vuelva a doblar este formulario con la dirección hacia afuera y envíela a nuestra oficina.  
(No necesita ponerle estampillas.)

Corte por esta línea